|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ** |
| **WYKAZ OSÓB** **KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA** |

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na wybór wykonawcy usług żywienia na rzecz Szkoły Podstawowej nr 30 we Wrocławiu, oświadczam, że niżej przedstawiona osoba, spełnia wymagania określone w **SWZ,** odnośnie do pełnienia funkcji **dietetyka lub specjalisty do spraw żywienia** ibędzie uczestniczyć w wykonywaniu niniejszego zamówienia (wypełnić właściwe):

1. **Ukończone studia wyższe na kierunku dietetyka**
2. **IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………….**
3. **DANE TELEADRESOWE UKOŃCZONEJ UCZELNI WYŻSZEJ ………….**

**……………………………………………………………………………………….**

1. **ROK UKOŃCZENIA ……………………………………………………………...**
2. **NR DYPLOMU ……………………………...…………………………………….**
3. **TYTUŁ ZAWODOWY: …………………………………………………………...**
4. **STAŻ ZAWODOWY W LATACH ……………………………………………….**
5. **PODSTAWA DYSPONOWANIA OSOBĄ \*…………………………………….**
6. **Rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007** **studiów wyższych o specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki**
7. **IMIĘ I NAZWISKO ………………………………………………………………..**
8. **DANE TELEADRESOWE UKOŃCZONEJ UCZELNI WYŻSZEJ …………..**

**……………………………………………………………………………………….**

1. **ROK UKOŃCZENIA ……………………………………………………………...**
2. **NR DYPLOMU ……………………………...……………………………………..**
3. **TYTUŁ ZAWODOWY: …………………………………………………………….**
4. **STAŻ ZAWODOWY W LATACH ………………………………………………..**
5. **PODSTAWA DYSPONOWANIA OSOBĄ \*……………………………………..**
6. **Rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007** **studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka**
7. **IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………….**
8. **DANE TELEADRESOWE UKOŃCZONEJ UCZELNI WYŻSZEJ ………….**

**……………………………………………………………………………………….**

1. **ROK UKOŃCZENIA ……………………………………………………………...**
2. **NR DYPLOMU ……………………………...…………………………………….**
3. **TYTUŁ ZAWODOWY:………………………………………………….**
4. **STAŻ ZAWODOWY W LATACH ……………………………………………….**
5. **PODSTAWA DYSPONOWANIA OSOBĄ \*.…………………………………..**

**\*w zależności od stosunku współpracy z Wykonawcą wpisać odpowiednią podstawę dysponowania, tzn. zatrudniony przez Wykonawcę/udostępniony przez inny podmiot**

W/w osoba w swojej pracy będzie zajmować się badaniem produktów żywnościowych, oceną ich jakości oraz wartości zdrowotnych i odżywczych. Będzie ona zaangażowana w proces tworzenia dekadowych jadłospisów na rzecz Zamawiającego, uwzględniających poszczególne pory roku. Będzie ona również planować diety specjalne, z użyciem odpowiednich składników odżywczych, przeznaczone dla alergików, diabetyków oraz osób uczulonych na poszczególne składniki pokarmowe.

Osoba ta posiada wiedzę o reakcjach organizmu na przyjmowane pokarmy co pozwala ocenić wpływ konkretnych produktów spożywczych na ludzki organizm w zależności od wieku, trybu życia i stanu zdrowia. Na potwierdzenie powyższych kwalifikacji osoba ta przygotowała jadłospisy dekadowe podlegające ocenie zgodnie z zapisami Rozdziału XI SWZ i Załącznika nr 7 do SWZ.

...................................

miejscowość, data

Podpis elektroniczny z ważnym kwalifikowanym certyfikatem lub podpis zaufany lub podpis osobisty   
(e-dowód) Wykonawcy